

都道府県データを用いた過剰医療の 存在に関する実証的研究

田中 駿也¹・川端 祐一郎²・森田 洋之³・藤井 聡⁴

¹ 学生員 京都大学大学院 工学研究科 (〒615-8530 京都府京都市西京区京都大学桂)

E-mail: tanaka.shunya.55x@st.kyoto-u.ac.jp

² 正会員 京都大学大学院 助教 工学研究科 (〒615-8530 京都府京都市西京区京都大学桂)

E-mail: kawabata.yuichiro.8x@kyoto-u.ac.jp

³ 非会員 南日本ヘルスリサーチラボ 代表・医師

E-mail: hmpt56@gmail.com

⁴ 正会員 京都大学大学院 教授 工学研究科 (〒615-8530 京都府京都市西京区京都大学桂)

E-mail: fujii@trans.kuciv.kyoto-u.ac.jp

我が国の医療費は増加の一途をたどる一方で、現在行われている医療行為の中に過剰なものがあるとの指摘がなされている他、都道府県間で 1 人あたり医療費に大きな格差があることから、医療費が高い地域において過剰医療が存在することが示唆されるが、医療費が高額な地域では医療が過剰であるという仮説は検証されていない。そこで本研究では、まず、都道府県ごとの総合健康指標作成し、年齢調整済み一人当たり医療費との相関を確認し、次に、勤務医を対象にアンケート調査を実施した。分析の結果、総合健康指標と医療費との間には相関がないことが明らかになった。また、アンケート調査の結果、過剰医療の存在や、医療費が高い地域ではより医療が過剰であることが示唆された。

Key Words: *over health care, health index, questionnaire, regional analysis*

1. 序論

(1) 背景

a) 医療費の増加

我が国の医療費は年々増加の一途をたどっており、GDP に占める割合も増加傾向にある。平成元年の総医療費（国庫負担、保険料、患者負担等を合計した額）は 19.7 兆円に対 GDP 比 4.74%であったが、平成 30 年には 43.4 兆円、対 GDP 比 7.91%にまで上昇した（図-1）。総医療費の一部は、国庫から医療給付費として賄われるが、この医療給付費が歳出に占める割合も増加しており、平成元年は 7.39%であったが、平成 30 年には 11.5%にまで上昇した。一方で、歳出に占める公共事業費の割合は減少傾向にあり、平成元年の 11.2%から平成 30 年の 6.99%にまで減少している（図-2）。

このように GDP や歳出に占める医療費の割合は年々増加しており、財政にとって大きな負担となりつつある。こうした傾向が続けば、そのしわ寄せとして、公共事業を始めとする各種予算が圧迫されており、そして今後さ

らにその傾向が拡大していく可能性が考えられる。

b) 過剰医療の存在

少子高齢社会が進行している我が国では、医療費の増加はある程度やむを得ない事態であるが、一方で、現在行われている医療の一部は過剰ではないかとの指摘が存在する。例えば、健康者への胸部 X 線検査や軽度頭部外傷での CT 検査など 60 の医療行為が「受けたくないムダな医療 60 選」としてメディアで取り上げられたばかり、高血圧の基準が年々低下していることを指摘した上で、健診や人間ドックは健康な人を患者にして、病院に繰り出させる手段と化しているという医師の指摘² や医療のビジネス化が進行した結果、病院側が利益追求を目的として、満床になるまで患者を入院させて、寝たきりの高齢患者を発生させている一方で、財政破綻によって病床が大幅に削減された夕張市では、むしろ高齢者が元気であるという医師の指摘³がなされている。近藤（2012）⁴ は診察時間の短縮、訴訟回避、設備費用の回収のために不要な CT 検査が行われていると指摘した上で、過剰な CT 検査による放射線被曝が、ガンリスクを増大させ

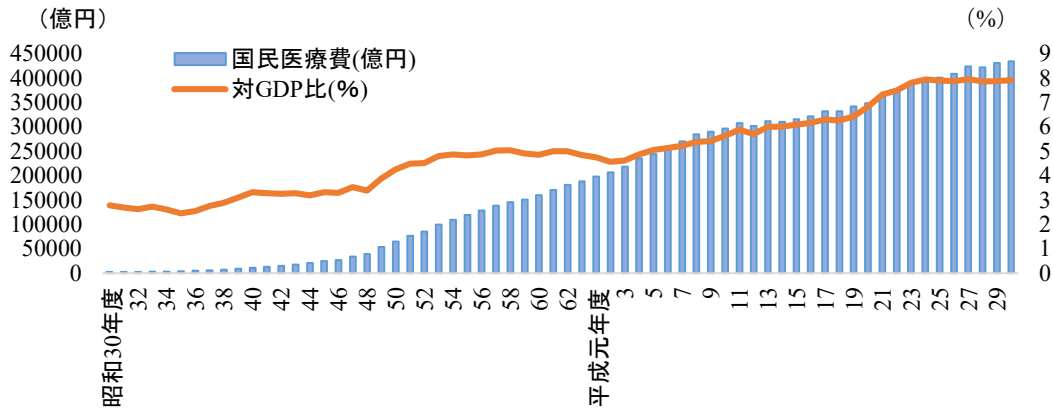


図-1 国民医療費とその対 GDP 比

厚生労働省「平成 30 年度国民医療費の概況」内閣府「国民経済計算」より作成

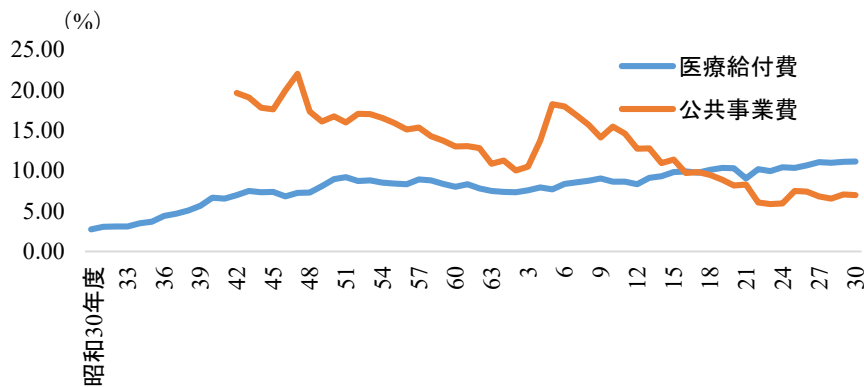


図-2 歳出に占める医療給付費及び公共事業費の割合 (決算ベース)

厚生労働省「平成 30 年度国民医療費の概況」財務省「財務統計」より作成

ていると指摘している。他にも、印南 (2009) ⁵⁾は 65 歳以上の入院患者の内 31 万人以上が社会的入院 (不適切な入院) 状態であると推計しており、さらに高齢者の社会的入院が廃用症候群 (長期の安静臥床によって心身機能が低下すること) を引き起こすと指摘している。

c) 終末期医療の在り方

近年、延命治療の是非など終末期医療の在り方が問題となっている。メディアではその例として、家族に延命治療を施すか否かで苦慮した声や、本人は望んでいなかったにも関わらず延命治療を行ってしまったことへの後悔の声が紹介されている ⁶⁾。また、厚生労働省が 2017 年に実施した調査によると、認知症が進行し、衰弱が進んできた場合に、胃瘻を望む者は 4.8%、人工呼吸器を望むものは 6.9% と非常に少数であったと報告されている ⁷⁾。こうした望まない延命治療の背景として、現在の法律では延命拒否への対応が定められていないことや多くの医師が終末期医療の教育を受けていないことがあるという医師の指摘が報道されている ⁸⁾。

延命治療の判断は本人やその家族の意思の問題であ

り、すべてが過剰であるとは必ずしも言い切れるものではない。しかし、本人が望んでいない延命が行われている可能性も否定はできない。そうした医療行為のために医療費が使われているのであれば問題があるといえる。

d) 都道府県ごとの医療供給の格差

これまで紹介した過剰医療の議論は主として国全体の医療に関するものであるが、都道府県ごとの医療費には大きな格差が存在しており、かりに健康状態に大きな差がないにも拘わらず、医療費については大きな格差が存在しているのだとすれば、特定の地域で過剰な医療が行われている可能性が示唆される事になる。健康を増進させることのない医療行為の拡大は、定義上過剰医療と定義しうるものだからである。

については平成 30 年度の各都道府県の年齢調整後 (各都道府県の年齢階級がすべて同じであると想定してデータを調整している) 一人当たり医療費を見ると、最も高い高知県が 68.4 万円、最も低い新潟県が 49.8 万円と約 1.37 倍の格差が存在していることが分かった (図-3)。また、一人当たり年齢調整後入院医療費と病床数の間に

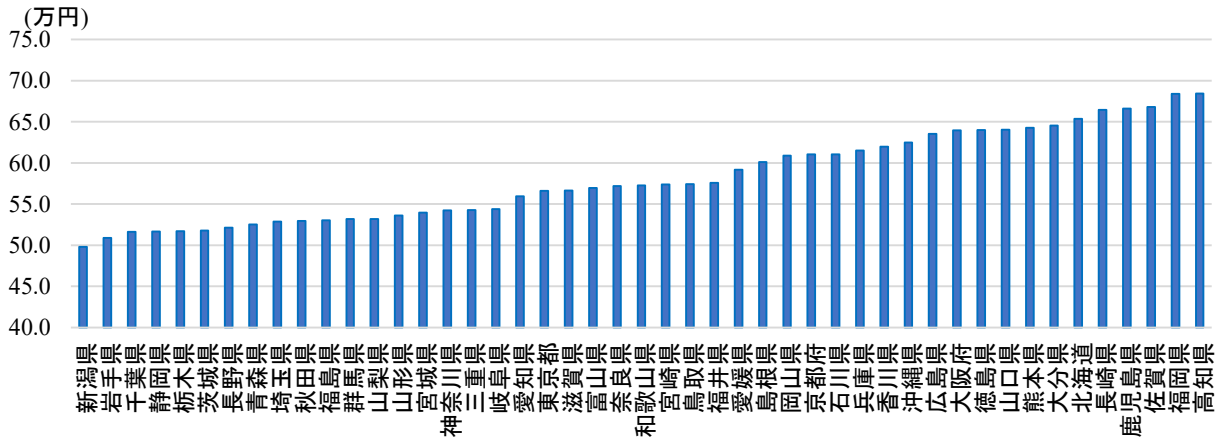


図3 年齢調整済み都道府県別一人当たり医療費
平成30年度医療費の地域差分析より作成

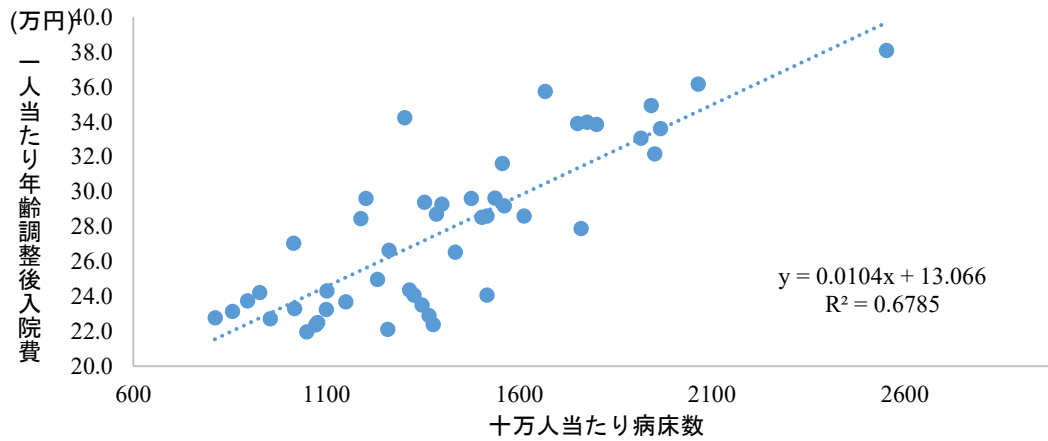


図4 一人当たり入院費と十万人当たり病床数の関係
厚生労働省「平成30年度医療費の地域差分析」「平成30年医療施設（動態）調査」より作成

は相関関係があり、必要があつて病床が設けられているのならば問題はないが、病床が増加するにしたがつてそれを活用するために入院数が増え、入院医療費も増加しているのだとすると、過剰医療の温床となる恐れがある。(図-4)。財務省財政制度等審議会財政制度分科会(2018)では、こうした現状を報告した上で、医療費は医療供給体制に強い影響を受けていると考察している⁹⁾。また森田(2020)も同様の指摘をした上で、我が国には unnecessary 医療行為が多数存在しているのではないかと指摘している¹⁰⁾。

(2) 目的

既に述べたように、我が国では年々GDP や歳出に占める医療費の割合が増加しており、この傾向は今後も高齢化社会の進展によって継続すると見込まれる。そして、現在の財政健全化方針の下では、増加し続ける医療費が、教育、防衛、インフラ政策など他の予算の確保を困難に

させ、国益のための様々な円滑な行政展開の妨げになる可能性もある。また、報道や書籍上では、現在実施されている医療行為の一部は過剰であり、過剰な医療行為が却って健康を損なっているとの指摘が存在している。

しかしながら、詳細は第2章で述べるが、過剰医療に関する学術的・定量的な研究は少なく、過剰検査の実態調査が行われた例はあるものの、過剰「診療」の実態に関する研究はまだまだ行われていない状態にある。さらに、地域間で医療費に大きな格差がみられるものの、それがその地域の住民の健康度合いと相関するののかや、各都道府県の病院や医師における、過剰医療につながりかねない行為や態度の傾向と相関するののか否か等の検証はできていないのが現状である。

そこで本研究では、過剰医療による健康被害リスクの抑止と共に、過剰医療に伴う医療費の財政負担増大に歯止めをかけ、各種公共政策予算の調達を確かなものとするために、過剰医療の有無や程度を実証的に明らかにす

ることを目的とする。本研究を通じて、地域ごとの医療費が高額な地域では医療が過剰であることが明らかになれば、医療費抑制策の立案に一定の貢献ができるものと考えられる。

2. 既往研究

本章では、医療費、過剰医療に関する研究を概観する。まず医療費・医療資源と健康の関係を分析した研究を概説し、医療費・医療資源の多寡が我々の健康に必ずしも影響しない可能性があることを確認する。その後、過剰医療の実態を調査した研究、終末医療に関する調査、都道府県間の医療費格差の要因を分析した研究を紹介する。それらの研究をまとめ、その限界を指摘した上で本研究の位置づけを述べる。

(1) 医療費・医療資源と健康との関係

角南 (1987)¹¹⁾は、平均寿命の推移と医療関係者数および医療機関数等との関係を、時系列相関を求めることによって検証したところ、男性の平均寿命と同年の医療機関数、女性の平均寿命と 5 年前の医療機関数に正の相関があることが確認されている。また、中島ら (2014)¹²⁾は、一部の都道府県で医療費と平均寿命の間に相関関係があることを指摘している。

一方で、健康に与える医療費・医療資源の影響は限定的であると示唆する研究も存在する。Koizumi (1984)¹³⁾は 1 人当たり医療費と平均寿命の間には相関関係があるものの、平均寿命が伸長するにつれ、医療費の増加分に対する平均寿命の伸びは小さいことを指摘している。他にも、森田 (2014)¹⁴⁾は夕張市の一人当たり医療費・病床数は 2007 年の財政破綻に伴い大きく減少したものの、同地域の標準化死亡比 (計算により求められた期待される死亡数と実際に観察された死亡数との比) が財政破綻前後でほぼ横ばいであったことを指摘している。

このように医療費や医療資源と平均寿命には相関関係が確認されているものの、その影響は限定的であるという指摘もなされている。これらの研究は過剰医療を直接論じているものではないが、医療費・医療資源が相対的に低水準に抑えられていたとしても医療そのものは十分に機能するのであれば、医療行為の中に必ずしも国民の健康増進に対して効果的でないものが含まれている可能性がある。ただしこれらの研究は、地域の健康度を表す上で平均寿命等限定的な指標のみを用いており、健康寿命や疾患別の死亡率、医療機関受診した者の割合などその他の指標は考慮されていないのが現状である。

(2) 過剰医療の実態調査

過剰医療の実態を直接調査した研究は少ないが、例えば Mano ら (2018)¹⁵⁾の内科医 940 人を対象にした過剰診療のアンケート調査が挙げられる。この調査では総検査に占める過剰検査の主観的な割合やその理由 (複数選択肢の内 3 つまで選択可能) などを尋ねている。その結果、回答者は平均して総検査の 26.6%が過剰であると考えていること、過剰検査が行われる主な理由として「医療過誤が心配」(69%)、「患者の要望」(62%)、「情報不足」(22%)や「経営側の圧力」(19%)が挙げられたことが報告されている。こうした過剰検査の調査はアメリカでも行われており、同様の結果が得られている¹⁶⁾。こうした過剰診療が行われる主な理由として Greenberg, Jonas (2014)¹⁷⁾は、

- (1) 検査を多く行えば隠れた病気を発見できるという信念
- (2) 訴訟回避
- (3) 情報不足
- (4) 患者の要望
- (5) 利益確保を挙げている。

また、過剰検査だけでなく、社会的入院 (医療上必要のない入院) の実態を調査した研究も存在する。印南 (2009)¹⁸⁾は 65 歳以上の高齢者の社会的入院の実態を明らかにするために、全国 7643 病院の退院支援部門を対象にアンケートを実施し、社会的入院状態にある患者数や理由別 (複数回答あり) の社会的入院患者数を尋ねている。その結果をもとに全国の社会的入院患者数を推計したところ、年間で約 31 万人以上との結果が得られている。ただし、理由別の患者数でみると、家族の介護力不足や介護施設不足によるものが圧倒的多数であり、過剰な医療行為の結果として社会的入院が発生したとは限らないことに留意されたい。

以上のように、過剰診療や社会的入院の現状を調査した研究は存在するものの、過剰「治療」を含めた実態調査は未だ行われていないなど、過剰医療に関する知見は十分とは言えないのが現状である。

(3) 終末期医療

厚生労働省が 20 歳以上の男女対象に実施した調査によると、認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた想定した場合、胃瘻を望むと回答した者は全体の 4.8%、人工呼吸器装着を望むと回答した者は全体の 6.9%であったと報告されている¹⁹⁾。西岡, 新井 (2016)¹⁸⁾は 2005 年に京都市の高齢者を対象に終末医療に関するアンケート調査を実施している。(有効回答数 176, 平均年齢 64.7 歳)。その結果、終末期の栄養補給法に経口摂取だけを希望する者の割合が、74

歳以下で57%、75歳以上で51%であった。また、74歳以下の43%、75歳以上の30%が終末期に人工呼吸を受けたくないと回答している。

終末医療は、本人やその家族の価値観を最大限尊重して行われるべきものであり、一概に過剰や過小を論ずるのは不適切である。しかし、既往研究から示唆される通り、終末期の高度な医療を望む者が必ずしも多数ではないことは十分に考えられる。もし実際の現場で、こうした延命治療を受けている患者が多数派であるとすれば、終末医療においても過剰医療が存在すると考えられる。

(4) 医療費の都道府県格差

国民健康保険中央会(1996)¹⁹⁾は、長野県の一人当たり老人医療費が全国で最小であったことを指摘し、その要因の解明のため、長野県内12市町村と北海道、

富山県、高知県の1道2県でヒアリング調査を実施した。その結果、長野県の老人医療費が低い理由として、在宅医療の条件が整っていること、軽い病気では医師にかからないことを指摘している。前田(2000)²⁰⁾は都道府県ごとの医療費とそれに影響を与えると考えられる要因との相関係数を確認することによって、地域間医療費の格差が発生する要因を調査した。その結果、医療費が高い県は、東京から遠く、高齢者だけの世帯が多い一方で、医療機関へアクセスしやすいということを明らかにしている。知野(2003)²¹⁾は高齢者の入院医療費が高い県は、医師数や病床数が多い傾向にあると指摘している。松田(2020)²²⁾は再診行為回数よりも初診行為回数の方が医療費との相関が高いことを明らかにし、医療の需要側の行為が医療費の地域差に影響していると指摘している。

このように、医療費の地域差についてその要因を検討した研究は複数存在しており、一定の知見が得られている。しかし医療費が高額な地域で過剰な医療行為が行われていると言えるか否かについて検証を行った研究は未だなされていないのが現状である。

(5) 本研究の位置づけ

前章までで述べたように、過剰医療の存在を示唆する種々の報告が存在しているものの、実際に現場の医師が過剰医療に相当するような態度や行動を採る傾向の有無を直接検証した研究はほぼ存在しない。特に、過剰「検査」については調査例があるものの、治療行為まで含めた調査は全く行われていないのが現状である。

また、都道府県間での(年齢調整済みの)1人あたり医療費に大きな格差があることは、医療費が高額である地域において過剰医療が存在することを示唆していると言えるが、医療費が「当該地域の住民の健康度と無関係に高騰している」のか否かについては十分な検証が行わ

れていない。

そこで本研究では、まず、都道府県の住民健康度を表現する総合指標を作成した上で、それが医療費の多寡とどの程度相関するのか、あるいは相関しないのかについて検証を行う。次に、病院の勤務医を対象とするアンケート調査を通じて、過剰医療に繋がり得るような態度や行動の傾向がどの程度存在するかを調査し、またそれが当該地域の医療費の多寡と関係しているか否かについても検証を行う。

3. 健康度と医療費の相関関係の検証(分析1)

本章では、健康度と医療費の関係を検証する。まず、検証にあたって作成した、総合健康指標について詳述する。次に、その健康指標と各都道府県の医療費との間に相関関係の分析結果を報告する。

(1) 総合健康指標の作成

各都道府県の住民の健康度がその地域の一人当たり医療費に影響を与えているかを確認するために、各都道府県の健康指標を、主成分分析を用いて合成し総合健康指標を作成した。総合健康指標を構成する各健康指標は表-1のとおりである。また、年齢調整にあたっては昭和60年モデル人口(昭和60年の国勢調査をもとに、ベビーブーム等極端な増減を補正した基準人口。政府統計の年齢調整後データ作成にも用いられる)を使用している。

4疾患死亡率は、代表的な疾患である、ガン・心疾患・脳血管疾患・糖尿病の粗死亡率を男女別で合計、年齢調整を行った後、男女で平均を取ったものである。6疾患受療率はガン・心疾患・脳血管疾患・糖尿病に加え、精神疾患、高血圧の受療率(ある特定の日における、病

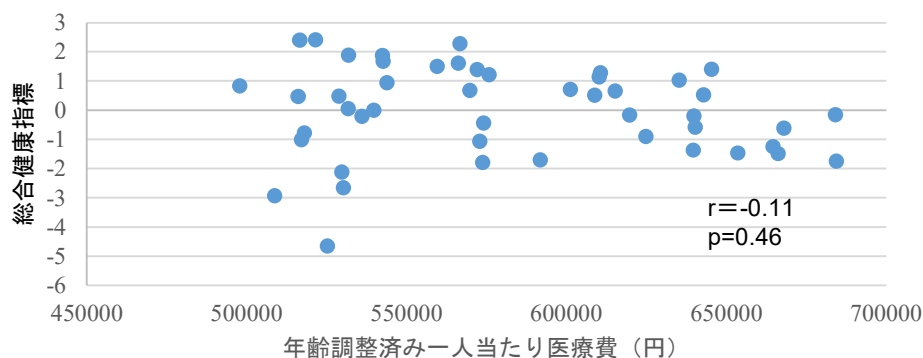
表-1 総合健康指標作成に用いた各種健康指標

健康指標	
4疾患死亡率	ガン、心疾患、脳血管疾患、糖尿病死亡率の合計
老衰死亡率	
平均寿命	
健康寿命	日常生活に支障のない日常生活に制限のない期間の平均
BMI	BMIの年齢調整後平均
6疾患受療率	ガン、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、精神疾患、高血圧受療率の合計(ただし受療率はある特定の日の病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数を人口10万対で表したものである)

表-2 各種健康指標の主成分分析結果

健康指標	第1主成分 分負荷量	第2主成分 分負荷量	第3主成分 分負荷量	第4主成分 分負荷量	第5主成分 分負荷量	第6主成分 分負荷量
4疾患死亡率	-0.54	0.39	-0.16	-0.18	-0.13	-0.69
老衰死亡率	0.20	0.65	0.07	0.47	0.55	-0.03
健康寿命	0.22	0.23	0.82	-0.47	-0.05	-0.10
平均寿命	0.57	-0.33	0.01	0.28	-0.08	-0.69
BMI	-0.41	-0.11	0.51	0.28	-0.34	0.03
6疾患受療率	-0.35	-0.50	0.22	-0.08	0.74	-0.17
寄与率 (%)	39%	24%	17%	10%	9%	1%
累積寄与率 (%)	39%	63%	80%	90%	99%	100%

図-5 総合健康指標と年齢調整済み一人当たり医療費の散布図



院・一般診療所・歯科診療所で受療した患者の推計数を人口 10 万対で表したものを男女別で合計、年齢調整を行った後、男女で平均を取ったものである。平均寿命、健康寿命、平均 BMI は男女別のデータを平均したものである。

各死因の死亡率は、厚生労働省「平成 29 年度人口動態統計特殊報告平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率」から、平均寿命は、厚生労働省「平成 27 年都道府県別生命表」から、健康寿命は、厚生労働省「第 16 回健康日本 21 (第二次) 推進専門委員会」から、平均 BMI は、厚生労働省「平成 28 年国民健康・栄養調査」から、各疾患受療率は、厚生労働省「平成 29 年患者調査」から取得している。ただし、平成 28 年の熊本県平均 BMI は欠損値であるため、「平成 24 年の熊本県平均 BMI」に「熊本県を除いた全国平均 BMI の平成 24 年から平成 28 年の変化率」をかけて推定している。

表-1 で示した都道府県ごとの各健康指標を主成分分析した結果 (第 1 主成分の負荷量と寄与率のみ掲載) は表-2 の通りである。4 疾患死亡率、BMI、6 疾患受療率の第 1 主成分負荷量が負の値であり、それ以外の健康指標の第 1 主成分負荷量が正の値であることから、矛盾なく解釈できるため、各都道府県の主成分得点を総合健康指標として用いる。

(2) 都道府県の一人当たり医療費と住民の総合健康度の相関

3. (1) で作成した都道府県別の総合健康指標と年齢調整後一人当たり医療費の散布図は図-5 の通りである。これら 2 つの変数の相関係数は $-0.11(p=0.46)$ であり、統計的に有意な相関が見られなかった。このことは、都道府県の医療費の差が、住民の健康度とは関係なくもたらされている可能性を示唆している。「住民の健康状態が悪い地域で医療費が高騰する」と仮定すれば、両者に負の相関が見られるはずであり、「ふんだんに医療費を使用することで住民の健康が改善する」と仮定すれば、両者に正の相関が見られるはずである。しかし医療費の多寡に大きな影響を与えるのは高齢者に対する治療費であり、高齢者医療は健康状態の悪化に追隨して医療費が嵩む傾向があると考えられることを踏まえれば、前者の因果を想定することがより自然であろう。そして有意な相関が見られなかったということは、一人当たり医療費の高い地域では、必ずしも住民の健康状態が相対的に悪いわけではないにもかかわらず、医療費が高騰しているという示唆を引き出すことができる。本分析から過剰医療の存在を必ずしも直接的に示すことはできないが、それが存在する蓋然性を支持する結果であるとは言えるだろう。

4. アンケート概要, 分析結果

本章では、医師へのアンケート調査による過剰医療的態度等の計測方法について説明した上で、その検証のため病院勤務医向けに実施したアンケート調査の概要を述べる。その後、アンケートの集計結果と、医療費の高低と各設問の回答の平均差との関連を検証した分析の結果を報告する。

本研究では、医療従事者を対象とした医療ポータルサイト「m3.com」（株式会社エムスリーが運営）の会員である、勤務医 453 人を対象に Web アンケートを行った。

(1) アンケート概要

a) 調査対象

本アンケート調査は、平成 30 年度時点での年齢調整後一人当たり医療費上位 5 県（高知・福岡・佐賀・鹿児島・長崎）と下位 5 県（新潟・岩手・千葉・静岡・栃木）に位置する、終末期の患者の診療を行っている病院（病床数 20 以上の医療施設）に勤務しており、かつ内科、一般外科、地域医療科、総合診療科のいずれかに所属している勤務医を対象にしている。

b) 過剰医療の計測方法

1 章、2 章で指摘した通り、過剰医療に関して様々な議論や研究が行われているものの、その定義について共通の理解は形成されておらず、Mano (2014) の実態調査の様に、過剰医療の線引きについては回答者である個々の医師の判断にゆだねられている。しかし、過剰医療の定義を主観的なものにしたままでは、定量的な実態把握が困難であり、また本来は過剰であると判断するのが妥当であるような医療行為が、回答者の主観によって過剰でないと判断され、その実態が十分解明できない恐れがある（また、その逆のケースもあり得る）。

ただし、言うまでもないが、ある診療行為が過剰であるか否かについて、客観的な基準を一意に定めることは不可能である。そこで本研究では、適正医療／過剰医療の概念に関する多様な見解が存在することに配慮しつつ、定量的な分析を可能にすることを重視して、以下の 4 つの観点から総合的に実態の把握を試みることにした。

- ・ 本来必要がないと考えられる治療行為の経験の有無
- ・ 延命治療や検査の実施がいかなる場合も正しいと考える医師の態度
- ・ 具体的症例に対する勤務先病院の診療方針
- ・ 勤務先病院の経営方針

ここの項目の計測方法については、次項以降で述べる。

c) 本来必要がないと考えられる延命治療経験の有無

本来必要のなかった延命治療の実態を明らかにするために、終末期の患者を担当した経験の有る回答者に対して、本来行うべきでないと思っていたにもかかわらず、胃瘻や人工呼吸器を装着させざるを得なかった経験の有無を尋ねた上で、

- 1) 患者自身の意向
- 2) 患者の家族の意向
- 3) 勤務先の病院の方針
- 4) その他

のうち、理由として当てはまるものすべてを選択するよう求めた。

d) 延命治療や CT・MRI の使用に関する医師自身の態度

延命治療に心理的な抵抗がなく、CT・MRI 検査の実施はどのような場合でも正当化できると考えているなど、過剰医療誘引的と見なされる態度を取っているかを確認するために、

1. 回復する見込みのない終末期の患者に、延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することは、終末期医療においても「医学的には正しい」と思うか
2. 回復する見込みのない終末期の患者に、延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することに、良心の呵責を覚えるか
3. MRI や CT 等の検査を行うことについては、どんな時でも「躊躇」する必要は全く無いと思うかの 3 点を尋ねた。これらの設問の選択肢は「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の 7 件法としている。

e) 具体的症例についての勤務先病院の治療方針

回答者の勤務先の病院で、延命や検査、治療において過剰と見なされる医療行為が行われる傾向にあるかを確認するために

- 1) 高齢で看取りが近い非がん患者に胃瘻や人工呼吸の装着することが多いか
- 2) 身体所見上も異常はなく健康そうな 20 代男性の腹痛患者に CT・MRI 検査を実施することが多いか
- 3) 特に異常はない収縮期血圧 160 の高齢患者に降圧剤を処方するか

の 3 つを尋ねた。

1) の設問の選択肢は「胃瘻・人工呼吸器の装着していない患者が最多」「胃瘻はあるが、人工呼吸器装着していない患者が最多」「人工呼吸器は装着しているが、胃瘻は増設していない患者が最多」「胃瘻・人工呼吸器を装着している患者が最多」「勤務先病院では、このような患者は担当しない」の 5 つであり、2) の設問の選択肢は「それ以上高度な検査はせず、異常があればもう一度来院するよう伝えることが非常に多い」～「当科もしくは専門科紹介のうえで CT・MRI 検査を行い、原因

表-3 Q2_2: 胃瘻や人工呼吸器を装着するべきではないと思っていたにもかかわらず、装着せざるを得なかった経験（胃瘻や人工呼吸器を装着する患者を担当した経験のない者（19名）は集計から除外している）

	回答数	割合
ある	338	77.9%
ない	96	22.1%
合計	434	100.0%

表-4 Q2_3: 胃瘻や人工呼吸器を装着せざるを得なかった理由（当てはまるものすべて）

	回答数	割合
患者自身の意向	47	13.9%
患者の家族の意向	313	92.6%
勤務先の病院の方針	20	5.9%
その他	16	4.7%
合計	396	100.0%

を徹底的に究明することが非常に多い」「勤務先病院では、このような患者は担当しない」の6つであり、3)の設問の選択肢は「高齢でもあるので基準を厳格に適用せず、少し経過を見ることが非常に多い」～「検査で他疾患を鑑別した上で、降圧剤を処方することが非常に多い」「勤務先病院では、このような患者は担当しない」の6つである。

また、こうした治療方針の差に、患者の意志が影響しているかを確認するために、「治療において患者やその家族の意思をどれほど重視しているか」を「全く重視していない」～「非常に重視している」の7件法で尋ねている。

f) 勤務先病院の経営方針

過剰と見なされる医療行為や態度が、利益追求や訴訟・クレームの回避など病院の経営上の事情によって発生しているかを確認するために、「本来、必ずしも必要

ではないが、病院の経営上行うことが求められる治療や検査があるか」を「全くない」～「非常によくある」の7件法で尋ねている。また、勤務先の病院が

- 1) 病院の利益の最大化
- 2) 患者の幸福への貢献
- 3) 入院患者を確保し、満床を目指す
- 4) 訴訟クレームの回避

のそれぞれをどれほど重視しているかを「全く重視していない」～「非常に重視している」の7件法で尋ね、さらに1)～4)の中で勤務先の病院が1番重視しているものと2番目に重視しているものを選択するよう求めた。仮に「患者の幸福への貢献」以外のものを1番に挙げた場合、それは過剰医療誘引的な態度であると言えることができる。

g) 回答者の属性

回答者の属性を確認し、必要な場合は分析上の統制変数として用いるために、年代（20代～70代）、性別、勤務先病院の病床数（400床以上、200～399床、100～199床、20～99床）、勤務先病院の形態（大学病院（国立）大学病院（私立）、国・公立病院、その他公的病院、一般病院（法人・個人））を尋ねている。

(2) アンケート集計結果

本節では過剰医療に関する設問の全体集計について述べるとともに、これらの結果から、過剰医療の存在が示唆されているかを考察する。

終末期の患者を担当した回答者の内、患者に胃瘻や人工呼吸器を装着するべきではないと思っていたにもかかわらず、何らかの理由で装着せざるを得なかった経験があると回答した者の割合は79.8%と非常に多数であった（表-3）。ただし、その理由として、「勤務先の方針」を挙げた者は非常に少数であることには留意が必要で（表-4）、家族の意向が大きな影響を与えている。つまり、（利益確保など）病院の経営上の理由で必要のない延命治療が必ずしも行われるわけではないのであるが、そうは言いながらも、医師が不要であるとする治

表-5 Q2_4: 終末期の患者やMRI・CT検査等についての回答者の考え

		全くそう 思わない	そう思 わない	あまり そう思 わない	どちら ともい えない	少しそ う思う	そう思 う	非常に そう思 う
延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することは医学的には正しいと思うか	回答数	87	126	105	86	20	20	9
	割合	19.2%	27.8%	23.2%	19.0%	4.4%	4.4%	2.0%
延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することに、良心の呵責を覚えるか	回答数	18	30	40	113	94	104	54
	割合	4.0%	6.6%	8.8%	24.9%	20.8%	23.0%	11.9%
MRIやCT等の検査は、どんな時でも「躊躇」する必要は全く無いと思うか	回答数	39	96	90	123	42	45	18
	割合	8.6%	21.2%	19.9%	27.2%	9.3%	9.9%	4.0%

表-6 Q3: 治療において患者やその家族の意思を重視する度合い

	回答数	割合
全く重視していない	1	0.2%
重視していない	3	0.7%
あまり重視していない	7	1.5%
どちらともいえない	30	6.6%
少し重視している	35	7.7%
重視している	256	56.5%
非常に重視している	121	26.7%
合計	453	100.0%

療が行われることは、紛れもなく過剰医療の一種であると言える。

延命措置としての胃瘻や人工呼吸器装着に良心の呵責を覚えているかという設問に「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答した者の合計は全体の 19.4%で、CT・MRI 検査は、どんな時でも

躊躇する必要がないと「少しそう思う」「そう思う」「非常にそう思う」と回答した者の合計は全体の 23.2%と、終末期の患者や MRI・CT 検査に関して過剰医療と見なされる態度取っている者が一定数確認された(表-5)。一方で、治療全般において、患者やその家族の意思を「少し重視している」「重視している」「非常に重視している」と答えた者の合計は全体の 90.9%と患者やその家族の意思に反した医療が行われているわけではないことが示唆された(表-6)。

勤務先病院の看取りが近い非がんの高齢患者の状態として、胃瘻ないし人工呼吸の少なくともいずれかが装着されている状態が最多であると回答した者の割合は 35%であった(表-7)。終末期において胃瘻や人工呼吸器装着を望まない者が多数であることを考慮すれば、この結果は過剰医療の存在を示唆していると考えられる。勤務先病院での対応として、腹痛を訴えるものの、特に異常のない若い患者に CT・MRI 検査を行うことが「多い」もしくは「非常に多い」と回答した者割合は 48.2%(表-8)、特に異常のない収縮期血圧 160 の高齢者に降圧剤

表-7 Q4_1: 高齢で看取りが近い非がんの患者に対する勤務先病院の対応方針

	回答数	1~4小計に対する割合
1: 胃瘻も人工呼吸器も装着していない患者が最多	280	65.4%
2: 胃瘻はあるが、人工呼吸器は装着していない患者が最多	118	27.6%
3: 人工呼吸器は装着しているが、胃瘻は増設していない患者が最多	20	4.7%
4: 胃瘻・人工呼吸器を両方装着している患者が最多	10	2.3%
1~4小計	428	100.0%
5: 勤務先病院では、このような患者は担当しない	25	

表-8 Q4_2: 1週間続く腹痛を訴えるものの、特に異常はなく、問診上は仕事上のストレスなど社会的要因の可能性が考えられた 20 代男性患者への勤務先病院の対応方針

	回答数	1~5小計に対する割合
1. それ以上高度な検査はせず、異常があればもう一度来院するよう伝えることが非常に多い	25	5.8%
2. それ以上高度な検査はせず、異常があればもう一度来院するよう伝えることが多い	115	26.5%
3. どちらともいえない	85	19.6%
4. 当科もしくは専門科紹介のうえでCT・MRI検査を行い、原因を徹底的に究明することが多い	176	40.6%
5. 当科もしくは専門科紹介のうえでCT・MRI検査を行い、原因を徹底的に究明することが非常に多い	33	7.6%
1~5小計	434	100.0%
勤務先病院では、このような患者は担当しない	19	

表-9 Q4_3：定期的な検査で、担当の高齢患者の血圧を測定したところ収縮期血圧 160 であったが、それ以外には特に異常はない患者への対応

	回答数	1~5小計に対する割合
1. 高齢でもあるので基準を厳格に適用せず、少し経過を見るのが非常に多い	22	4.9%
2. 高齢でもあるので基準を厳格に適用せず、少し経過を見るが多い	183	41.1%
3. どちらともいえない	72	16.2%
4. 検査で他疾患を鑑別した上で、降圧剤を処方することが多い	149	33.5%
5. 検査で他疾患を鑑別した上で、降圧剤を処方することが非常に多い	19	4.3%
1~5小計	445	100.0%
勤務先病院では、このような患者は担当しない	8	

表-10 Q5_1：本来、必ずしも必要ではないが、病院の経営上行うことが求められる治療や検査があると思う度合い

	回答数	割合
全くない	40	8.8%
ほとんどない	65	14.3%
あまりない	93	20.5%
どちらともいえない	73	16.1%
まれにある	108	23.8%
しばしばある	58	12.8%
非常によくある	16	3.5%
合計	453	100.0%

を処方することが「多い」もしくは「非常に多い」と回答した者の割合は 37.8%であった（表-9）。

本来必ずしも必要でないが病院経営上求められる治療や検査が「まれにある」「しばしばある」「非常によくある」と回答した者の合計は全体の 40.2%であった（表-10）。また、勤務先の病院が、患者の幸福への貢献を

「あまり重視していない」「重視していない」「全く重視していない」と回答した者の合計は全体の 3.3%と非常に少数である一方で（表-11），患者の健康の他に患者の幸福への貢献を 1 番重視していると回答していない者が全体の 31.3%，1 番目にも 2 番目にも重視していると回答していない者が 15.9%（表-12）と、病院経営において過剰医療と見なされる行為や考え方が一定程度存在していることが明らかになったと言える。

(3) 医療費の多寡と各設問の回答差の関連を検証した重回帰分析

本節では、医療費が高い地域ではより過剰な医療が行われる傾向にあるかを検証するために行った、各設問の回答を被説明変数とした重回帰分析の概要と結果について述べる。

a) 被説明変数

被説明変数とした設問及び分析の結果は表-13 のとおりである（各設問の回答は、その値が大きいほど、その変数が意味する内容の傾向が強いことを表す）。

表-11 Q5_2：勤務先の病院が以下のそれぞれを重視していると思う度合い

		全く重視していない	重視していない	あまり重視していない	どちらともいえない	少し重視している	重視している	非常に重視している
1. 病院の利益の最大化	回答数	10	21	55	92	158	98	19
	割合	2.2%	4.6%	12.1%	20.3%	34.9%	21.6%	4.2%
2. 患者の幸福への貢献	回答数	4	4	7	52	90	226	70
	割合	0.9%	0.9%	1.5%	11.5%	19.9%	49.9%	15.5%
3. 入院患者を確保し、満床を目指す	回答数	17	25	43	88	153	102	25
	割合	3.8%	5.5%	9.5%	19.4%	33.8%	22.5%	5.5%
4. 訴訟クレームの回避	回答数	4	7	16	88	119	156	63
	割合	0.9%	1.5%	3.5%	19.4%	26.3%	34.4%	13.9%

表-12 Q5_3：患者の健康の他に，勤務先の病院が1番重視しているものと2番目に重視しているもの

	1番重視している		2番目に重視している		1番目にも2番目にも重視していない	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
病院の利益の最大化	72	15.9%	160	35.3%	221	48.8%
患者の幸福への貢献	311	68.7%	70	15.5%	72	15.9%
入院患者を確保し，満床を目掛	30	6.6%	91	20.1%	332	73.3%
訴訟クレームの回避	40	8.8%	132	29.1%	281	62.0%

表-13 重回帰分析で被説明変数とした設問一覧（各設問の回答は，その値が大きいほど，その変数が意味する内容の傾向が強いことを表す）

設問	内容	回答の選択肢
Q2_2	必要のない延命治療の経験	1. ある, 0. ない N=434
Q2_3	経営上の理由で必要のない延命治療を行った経験	1. ある, 0. ない N=434
Q2_4_1	延命治療を正しいと思う度合い	1~7 N=453
Q2_4_2	延命治療に対する良心の呵責度合い	1~7 N=453
Q2_4_3	CT・MRIを躊躇する必要がないと思う度合い	1~7 N=453
Q3	患者の意志を重視する度合い	1~7 N=453
Q4_1	勤務先病院の終末期患者に施される延命治療の度合い	1~3 N=428
Q4_2	勤務先病院が若い健康な腹痛患者にCT・MRI検査を行うことが多い度合い	1~5 N=434
Q4_3	勤務先病院が高齢の高血圧患者に対して降圧剤を処方することが多い度合い	1~5 N=445
Q5_1	経営上求められる医療行為の度合い	1~7 N=453
Q5_2_1	勤務先病院が利益の最大化を重視する度合い	1~7 N=453
Q5_2_2	勤務先病院が患者の幸福を重視する度合い	1~7 N=453
Q5_2_3	勤務先病院が入院患者の確保・満床を重視する度合い	1~7 N=453
Q5_2_4	勤務先病院が訴訟クレーム回避を重視する度合い	1~7 N=453
Q5_3_1	勤務先病院が患者の幸福への貢献を1番目に重視していないか	1. 重視していない 0. 重視している N=453
Q5_3_2	勤務先病院が患者の幸福への貢献を1番目にも2番目にも重視していないか	1. 重視していない 0. 重視している N=453

Q2_2, Q2_3, Q5_3 はそれぞれの回答を二値変数に変換しており，Q2_2 は「何らかの理由で胃瘻や人工呼吸器を装着せざるを得なかった経験がある」場合は 1，「そのような経験がない」場合は 0 となり，Q2_3 は，「経営上の方針で胃瘻や人工呼吸器を装着せざるを得なかった経験がある」場合は 1，「そもそも人工呼吸器を装着せざるを得なかった経験がない，もしくは装着せざるを得ない経験があっても，経営上の方針が理由ではない」場合は 0 となり，Q5_3 は「患者の健康を除いて，患者の幸福を最も重視している」場合は 1，「そうでない」場合は 0 となる。さらに，Q4_1 はその値が大きくなるほど，勤務先でより延命治療が行われていることを表す

ようにするために，各回答について以下のような変数変換を行っている。

- ・ 胃瘻も人工呼吸器も装着していない患者が最多→1
- ・ 胃瘻はあるが，人工呼吸器は装着していない患者が最多→2
- ・ 人工呼吸器は装着しているが，胃瘻は増設していない患者が最多→2
- ・ 胃瘻・人工呼吸器を両方装着している患者が最多→3

過剰医療に関する設問 Q2_2 や Q2_3 の分析の際，そもそも終末期の患者を担当したことがない 19 名回答を除外し，ある症例に対する勤務先病院の対応に関する設問

表-14 重回帰分析で用いた説明変数

説明変数	変数の意味	変数の値
年齢	Q0_1の回答を数値に変換	20代→25, 30代→35, 40代→45, 50代→55, 60代→65, 70代→75
病床数	統制変数 Q0_3の回答を数値に変換	400床以上→500, 200～399床→299.5, 100～199床→149.5, 20～99床→99.5
公的病院ダミー	回答者の勤務先が公的病院か民間病院かを表すダミー変数	1: 公的病院 0: 民間病院
一人当たり医療費	回答者勤務先都道府県の年齢調整済み一人当たり医療費	連続変数
高医療費地域ダミー	高医療費地域に勤務しているか否か	1: 高医療費地域に勤務 0: 低医療費地域に勤務

表-15 回答者勤務先都道府県の一人当たり医療費を説明変数とした重回帰分析の結果

説明変数	被説明変数								
	Q2_4_3 (CT・MRIを躊躇する必要がないと思う度合い)			Q5_2_3 (勤務先病院が入院患者の確保・満床を重視する度合い)			Q5_2_4 (勤務先病院が訴訟クレーン回避を重視する度合い)		
	標準偏回帰係数	t値	p値	標準偏回帰係数	t値	p値	標準偏回帰係数	t値	p値
年齢				0.09	1.85	0.06 .			
病床数	選択されず			-0.12	-2.51	0.01 *	選択されず		
公的病院ダミー	選択されず			選択されず			選択されず		
一人当たり医療費	0.08	1.81	0.07 .	0.09	1.99	0.05 *	0.08	1.70	0.09 .
							** : p<.01, * : p<.05, . : p<.1		
	N= 453			453			453		
	R Squared 0.01			0.05			0.01		
	Adjusted R Squared 0.01			0.04			0.00		

Q4_1, Q4_2, Q4_3 それぞれについても、「勤務先病院では、このような患者は担当しない」と答えた者の回答（それぞれ25名, 19名, 8名）を除去して分析を行っている。

b) 説明変数

重回帰分析で用いた説明変数の一覧は表-14 の通りである。本研究では、回答者勤務先が医療費上位5県か下位5県かを表すダミー変数（1: 医療費上位5県, 0: 医療費下位5県）を説明変数とした分析と回答者勤務先都道府県の一人当たり医療費を説明変数とした重回帰分析を行っている。上記説明変数に加え、回答者の年齢、回答者勤務先病院の病床数、回答者勤務先が公的病院か民間病院かを表すダミー変数（1: 公的病院, 0: 民間病院）を統制変数として用いている。また、説明変数はステップワイズ法により選択している。

c) 重回帰分析結果

重回帰分析の結果は表-15, 表-16 のとおりである。ただし、回答者勤務先が医療費上位5県か下位5県かを表すダミー変数及び回答者勤務先都道府県の一人当たり医

療費が説明変数として選択された設問のみを掲載してある。

回答者勤務先が医療費上位5県か下位5県かを表すダミー変数を説明変数とした重回帰分析から、医療費が高い地域では、低い地域と比較して、以下3つの設問

- ・ Q2_4_3 (CT・MRIを躊躇する必要がないと思う度合い)
- ・ Q5_2_3 (勤務先病院が入院患者の確保・満床を重視する度合い)
- ・ Q5_2_4 (勤務先病院が訴訟クレーン回避を重視する度合い)

の偏回帰係数が正に有意であることが明らかになった。また、回答者勤務先都道府県の一人当たり医療費を説明変数とした重回帰分析から、以下の2つの設問

- ・ Q2_4_3 (CT・MRIを躊躇する必要がないと思う度合い)
- ・ Q5_2_3 (勤務先病院が入院患者の確保・満床を重視する度合い)

の偏回帰係数が正に有意であることが明らかになった。

表-16 回答者勤務先が医療費上位 5 県か下位 5 県かを表すダミー変数を説明変数とした重回帰分析の結果

説明変数	被説明変数					
	Q2_4_3 (CT・MRIを躊躇 する必要がないと思う度 合い)			Q5_2_3 (勤務先病院が入 院患者の確保・満床を重 視する度合い)		
	標準偏回 帰係数	t値	p値	標準偏回 帰係数	t値	p値
年齢				0.09	1.83	0.07 .
病床数	選択されず			-0.12	-2.49	0.01 *
公的病院ダミー	選択されず			選択されず		
高医療費地域ダミー	0.09	1.90	0.06 .	0.09	2.01	0.04 *
** : p<.01, * : p<.05, . : p<.1						
N=	453			453		
R Squared	0.01			0.05		
Adjusted R Squared	0.01			0.04		

(4) アンケート分析まとめ

今回のアンケート調査から以下の点が明らかになったといえる。

- 全体で見ると、経営上求められる検査や治療がどちらかと言えば存在していると回答した者が4割であった他、勤務先の病院が、患者の健康を除いて、患者の幸福を1番に重視していないとの回答が3割を占めるなど、一部の病院では過剰医療と見なされる態度をとっている。
- 勤務先の病院では、1週間続く腹痛を訴える健康そうな若い患者にCT・MRI検査することが多いと回答したり、特に異常のない高齢の高血圧患者に降圧剤を処方することが多いと回答した者が一定数いることなど、一部の病院で、過剰と考えられる検査や治療が行われている可能性がある。
- 医療費が高額な地域の回答と、医療費が比較的低い地域の回答を比較すると医療費が高い地域の医師は、CT・MRI検査を躊躇しない傾向にあることに加え、経営において入院患者の確保・満床が重視されるなど、医療費が高い地域では採算が重視される傾向にあることや、訴訟・クレーム回避を重視されることが示唆された。

以上の結果から、全体として過剰医療的と見なされる態度や行動が見られたほか、医療費の高い地域では、経営のために過剰な医療が行われている可能性が考えられる。一方で、本アンケート調査では、Q4_1～Q4_3（特定の患者に対して過剰な対応を病院がとるか）など実際の診療行為に関する設問の回答の平均差と医療費の高低の間には有意な関連がみられなかった。ただしこのことは、本アンケートのサンプルサイズが453と比較的小規模であったためである可能性も考えられる他、今回取り上げた症例以外に地域間でより対応に格差のある症例

が存在している可能性などが考えられる。

総じて本アンケート調査では、これまで指摘されてきた通り、現在行われている医療行為や、医師の態度に過剰医療と見なされるものが存在していることが示された他、特に医療費の高い地域で、過剰医療につながる態度や行動を病院や医師が取っているという仮説の一部が支持されたと言える。

5. 総合考察

第1章で指摘した通り、我が国の医療費は増加の一途をたどり、歳出に占める割合も増加傾向にある。こうした傾向が続けば、教育、防衛、インフラ政策など他の予算を圧迫し、国益のための政策を妨げる恐れがある。

一方で、現在行われている医療行為の中に過剰なものがあるとの指摘がなされている他、都道府県間での年齢調整済み1人あたり医療費に大きな格差があることから、医療費が高い地域において過剰医療が存在することが示唆されるが、各都道府県の総合的な健康度合いと医療費との相関を確認した研究や、過剰医療的な態度や行動の存在を、治療行為まで含めて直接検証した研究はほとんど行われておらず、実証的知見は限られていた。

そこで本研究では、まず、都道府県ごとの総合健康指標作成し、年齢調整済み一人当たり医療費との相関を確認した。次に、一人当たり医療費上位5県と下位5県の病院に勤務する医師を対象にアンケート調査を実施し、過剰医療の存在を直接確認したうえで、医療費が高い地域では過剰医療的と見なされ得る態度や行動がとられる傾向にあるかを確認した。

分析の結果、都道府県ごとの総合健康指標と年齢調整済み一人当たり医療費の間には相関がないことが明らかになった。また、アンケート調査の結果、経営上求められる検査や治療が、存在していると回答した者や、勤

務先の病院が、患者の健康を除いて、患者の幸福を1番に重視していないとの回答が相当数存在したほか、医療費が高い地域では、病院経営において入院患者の確保、訴訟・クレーム回避が重視されるなど、過剰医療の存在や、医療費が高い地域ではより医療が過剰であることが示唆された。

今後の展開として、地域間で対応に大きな差のある症例を探索していく他、医療費が高い地域では利益や入院患者確保が重視される傾向があるという知見をもとに、過剰医療の実態をさらに深堀りすることが考えられる。具体的には、ある症例の患者の入院判断において、過剰医療と見なされる態度や行動がとられるかを確認することや、過剰医療が多い傾向にあると示唆される地域の病院の、経営や財務状況を確認することなどが考えられる。

また、本研究の課題として、アンケート調査の対象地域が、医療費上位5県と下位5県と非常に限定的である上、サンプルサイズが453と比較的小規模であることから、全国の医師を対象に、より大規模な調査を行うことにより、さらに精度の高いデータを集める必要がある。それに加え、ヒアリング調査などを通じて、医療費の高い地域で行われる傾向のある診療行為に関する知見を深めていく必要がある。

付録 アンケート設問文

Q0_1 先生のご年代をお選びください

20代 30代 40代 50代 60代 70代以上

Q0_2 先生が主に勤務している施設の都道府県をお選びください。

Q0_3 先生が主に勤務している施設の病床数をお選びください。

400床以上 200～399 100～199床 20～99床
1～19床 0床（無床）

Q1 先生の性別をお教えてください

1. 男性 2. 女性 3. 答えたくない

QS1 先生の主な診療科として当てはまるものをお選びください。

1. 内科 2. 一般外科 3. 地域医療科
4. 総合診療科 5. その他

QS2 先生が主に勤務している施設の病院形態をお選びください。

1. 大学病院（国公立）
2. 大学病院（私立）
3. 国・公立病院（国立病院機構・都道府県立・市町村立・労災病院）
4. その他公的病院（日赤・済生会・厚生連・共済・国保・健保などの病院）
5. 一般病院（上記以外の法人・個人）
6. 医院・診療所・クリニック
7. その他施設

QS3 先生が勤務されている病院は、終末期の患者を診ておりますでしょうか。

1. 終末期患者を診ている
2. 終末期患者を診ていない

Q2_1 終末期の患者についてお聞きします

先生ご自身は、胃瘻や人工呼吸器を装着する患者を担当したご経験はありますか

1. ある 2. ない

Q2_2 終末期の患者についてお聞きします

前問にて胃瘻や人工呼吸器を装着する患者の担当になったご経験が「ある」とお答えになった先生にお聞きします。

先生ご自身が、それらを装着するべきではないと思っていたにもかかわらず、何らかの理由で装着せざるを得なかった経験はありますか？

1. ある 2. ない

Q2_3 終末期の患者についてお聞きします

前問にて「患者に胃瘻や人工呼吸器を装着するべきではないと思っていたにもかかわらず、何らかの理由で装着せざるを得なかった経験がある」とお答えになった先生にお聞きします。

その理由について、以下から当てはまる理由をすべてご選択ください

1. 患者自身の意向
2. 患者の家族の意向
3. 勤務先の病院の方針
4. その他

Q2_4 終末期の患者やMRI・CT検査等についてお聞きします

先生のお考えについて、それぞれ当てはまるものを1つお選びください

・回復する見込みのない終末期の患者に、延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することは、終末期医療においても「医学的には正しい」と思いますか？

・回復する見込みのない終末期の患者に、延命措置として胃瘻や人工呼吸器を装着することに、良心の呵責を覚えますか？

・MRIやCT等の検査を行うことについては、どんな時でも「躊躇」する必要は全く無いと思いますか？

それぞれについて1. 全く重視していない, 2. 重視していない, 3. あまり重視していない, 4. どちらともいえない, 5. 少し重視している, 6. 重視している, 7. 非常に重視しているの7件法で回答

Q3 治療全般についてお伺いします。

先生ご自身は、治療において患者やその家族の意思をどれほど重視しますか？

当てはまるものを1つお選びください

1. 全く重視していない
2. 重視していない
3. あまり重視していない
4. どちらともいえない
5. 少し重視している
6. 重視している
7. 非常に重視している

Q4_1 ここからはある特定の患者について、先生が勤務されている病院における対応方針についてお伺いします。

ケース1: 高齢で看取りが近い非がんの患者

この症例の場合、先生の病院では、どのような治療を受けている患者が一番多いでしょうか？

現場の実態として、最も当てはまるものを以下の選択肢の中から1つご選択ください

1. 胃瘻も人工呼吸器も装着していない患者が最多
2. 胃瘻はあるが、人工呼吸器は装着していない患者が最多
3. 人工呼吸器は装着しているが、胃瘻は増設していない患者が最多
4. 胃瘻・人工呼吸器を両方装着している患者が最多
5. 勤務先病院では、このような患者は担当しない

Q4_2 引き続き、ある特定の患者について、先生が勤務されている病院における対応方針についてお伺いします。

ケース2: 20代男性・1週間続く腹痛を主訴に受診、血液検査は正常でした。身体所見上も異常はなく健康そうでしたが、問診上は仕事上のストレスなど社会的要因の可能性が考えられました。

この症例の場合、先生の病院ではどのような治療・対応を行うことが多いですか？

医師によって判断が分かるとは思いますが、現場の実態として、最も当てはまるものを以下の選択肢の中から1つご選択ください

1. それ以上高度な検査はせず、異常があればもう一度来院するよう伝えることが非常に多い
2. それ以上高度な検査はせず、異常があればもう一度来院するよう伝えることが多い
3. どちらともいえない
4. 当科もしくは専門科紹介のうえでCT・MRI検査を行い、原因を徹底的に究明することが多い
5. 当科もしくは専門科紹介のうえでCT・MRI検査を行い、原因を徹底的に究明することが非常に多い
6. 勤務先病院では、このような患者は担当しない

Q4_3 引き続き、ある特定の患者について、先生が勤務されている病院における対応方針についてお伺いします。

ケース3: 定期的な検査で、先生がご担当の高齢患者の血圧を測定したところ収縮期血圧160でした。しかし、それ以外には特に異常はありませんでした。

この症例の場合、先生の病院では、どのような治療・対応を行うことが多いですか？

現場の実態として、最も当てはまるものを以下の選択肢の中から1つご選択ください

1. 高齢でもあるので基準を厳格に適用せず、少し経過を見るのが非常に多い
2. 高齢でもあるので基準を厳格に適用せず、少し経過を見るが多い
3. どちらともいえない
4. 検査で他疾患を鑑別した上で、降圧剤を処方することが多い
5. 検査で他疾患を鑑別した上で、降圧剤を処方することが非常に多い
6. 勤務先病院では、このような患者は担当しない

Q5_1 先生の勤務されている病院について伺います。

現在、先生の病院には、「本来、必ずしも必要ではないが、病院の経営上行うことが求められる治療や検査」はあると思いますか？

当てはまるものをお答えください

1. 全くない
2. ほとんどない
3. あまりない
4. どちらともいえない
5. まれにある
6. しばしばある
7. 非常によくある

Q5_2 先生の勤務されている病院について伺います。

勤務先の病院は、患者の健康の他に、以下の項目をどの程度重視していますか。当てはまるものをそれぞれご選択ください。

- ・病院の利益の最大化
- ・患者の幸福への貢献
- ・入院患者を確保し、満床を目指す
- ・訴訟クレームの回避

それぞれについて1. 全く重視していない, 2. 重視していない, 3. あまり重視していない, 4. どちらともいえない, 5. 少し重視している, 6. 重視している, 7. 非常に重視しているの7件法で回答

Q5_3 先生の勤務されている病院について伺います。

患者の健康の他に、以下の項目のうち、勤務先の病院が1番重視しているものと2番目に重視しているものをそれぞれお選びください

- ・病院の利益の最大化
- ・患者の幸福への貢献
- ・入院患者を確保し、満床を目指す
- ・訴訟クレームの回避

参考文献

- 1) - 1. これだけある医療費の聖域一病院の言いなりは禁物！検査から治療まで蔓延！科学的証拠ないムダな医療, 週刊東洋経済, pp. 20-23, 2018年5月26日号
- 2) 健診、人間ドックで正常値に騙されるな！シリーズ・週刊朝日と考える4K, 週刊朝日, 2121年2月26日号
- 3) 死生観を歪めた医療ビジネス主義, 表現者クライテリオン, pp. 68-83, 2021年9月号
- 4) 近藤誠：第1章何故診断被ばくの危険性が見過ごされているのかー原発事故よりも怖いCT検査, 井上芳保編, 健康不安と過剰医療の時代, pp. 29-46, 長崎出版, 2012.3.
- 5) 印南一路：「社会的入院の研究」, pp. 108-113, pp. 68-76, 東洋経済新報社, 2009.4.
- 6) 悔いなく見送るために親の看取り方ー独自調査 経験者600人の声から見えた看取りの教訓, 週刊東洋経済, pp. 18-23, 2018年8月4日号
- 7) 厚生労働省：平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書
- 8) 「望まない延命治療」は、なぜ医療の世界からなくならないのか, 現代ビジネス, 2019.9.20.
<https://gendai.ismedia.jp/articles/-/67109?imp=0>, 2022/1/2 閲覧
- 9) 財務省：財政制度等審議会財政制度分科会（平成30年10月30日開催）資料2
- 10) 森田洋之：日本の医療の不都合な真実, pp118-126, 幻冬舎, 2020. 9
- 11) 角南重夫：我が国の平均寿命と医療関係者数, 民族衛生, Vol.53, No.5, pp.228-235, 1987.
- 12) 中島尚登, 矢野耕也, 長澤薫子, 小林英史, 上竹慎一郎, 高木一郎, 横田邦信：男女別平均寿命に係る市町村別医療費の検討, 日衛誌, Vol.69, pp.187-198, 2014.
- 13) Koizumi, A: Longevity and health care: a cost-benefit type analysis of life expectancy and medical expenditure, The Journal of Population Studies, Vol.7, pp.9-14, 1984.
- 14) 森田洋之：夕張市の高齢者1人あたり診療費減少に対する要因分析, 社会保険旬報, Vol.2584, pp. 12-29, 2014.
- 15) Soshi, M., Takahiro, M. and Yasuharu, T.: Overtesting in Japan, Journal of general and family medicine Vol.19, No.2, p.14, 2018.
- 16) Lyu, H., Xu, T., Brotman, D., Mayer-Blackwell, B., Cooper, M., Daniel, M., Wic, E. C., Saini, V., Brownlee, S. and Makary, M. A.: Overtreatment in the United States., PloS one, Vol.12, No.9, 2017.
- 17) Greenberg, J. and Green, J. B.: Over-testing Why More Is Not Better, The American journal of medicine, Vol.127, No.5, pp.362-363, 2014
- 18) 西岡弘晶, 荒井秀典：終末期の医療およびケアに関する意識調査, 日老医誌, Vol.53, pp. 374-378, 2016.
- 19) 前田由美子：国民健康保険医療費マップの分析ーなぜ山口県の医療費は1位になるのか, なぜ鹿児島県の医療費は高騰しているのかー,
<http://www.jmari.med.or.jp/download/wp039.pdf>, 2022/1/2 閲覧
- 20) 国民健康保険中央会：市町村における医療費の背景要因に関する研究／要旨
<https://www.kokuho.or.jp/report/lib/haikei.pdf>, 2022/1/2 閲覧
- 21) 知野哲郎：高齢者入院医療費の都道府県別格差とその決定要因, 医療と社会, Vol.13, No.1, pp. 67-81, 2003.
- 22) 松田秀一：コーホート及び診療行為に着目した高齢者入院医療費の都道府県別格差とその決定要因, 医療と社会, Vol.29, No.4, pp. 511-525, 2020

(Received ????)
(Accepted ????)

EMPRICAL RESEARCH OF OVER HEALTH CARE IN JAPAN USING REGIONAL DATA

Shunya TANAKA, Yuchiro KAWABATA, Satoshi FUJI, Hiroyuki MORITA

While the medical expenditure in Japan has been increasing, it is pointed out that there is over health care, and there is a large difference in the medical expenditure per person between prefectures, which suggests the existence of the over health care in the region where the medical expenditure is high, but these hypotheses has not been verified. In this study, at first, we made a health index of each prefecture, and confirmed the correlation with age-adjusted medical expenditure per person, and next, we carried out questionnaire targeting the doctor. As a result, we found out that there was no correlation between the health index and medical expenditure and that the doctors where the medical expenditure is high take an

attitude that can cause over health care.